

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N^o 231

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger PERCEAU

Né le 17 Novembre 1914, à Coulon (Deux-Sèvres).

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 1944.

**A PROPOS D'UN CAS
D'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE,
CONTAGION PROFESSIONNELLE,
CHEZ UNE INFIRMIERE
SOIGNANT UN PARKINSONIEN**

Président : M. BENARD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger PERCEAU

Né le 17 Novembre 1914, à Coulon (Deux-Sèvres)

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 1944.

**A PROPOS D'UN CAS
D'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE,
CONTAGION PROFESSIONNELLE,
CHEZ UNE INFIRMIERE
SOIGNANT UN PARKINSONIEN**

Président : M. BENARD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1944

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN LÉON BINET.
Membre de l'Institut
ASSESEUR. JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	BENARD (H.).
Cliniques médicales	CHABROL.
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	<u>CATHALA.</u>
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>) ..	RICHIET (Charles).
Puériculture,	LELONG.
Radiologie médicale	DESCREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOTLONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER. DELMAS. N. ff DEBEYRE.	Pathologie chirurgicale .. { PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Anatomie pathologique ..	{ DELARUE. Mlle GAUTHIER- VILLARS.	Pathologie expérimentale . MERKLEN.
Bactériologie ..	{ BONNET. FASQUELLE.	
Biochimie médicale	{ ETTORI. SCHAPIRA.	
Dermato syphillographie .	DEGOS.	
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.	Pathologie médicale
Hydrologie	DEBRAY.	
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.	
Médecine légale.	DESOILLE.	
Neurologie	DE SEZE.	
	{ DIGONNET. MAYER.	Pédiatrie
Obstétrique . . .	{ SUREAU. VARANGOT.	{ MARIE (J.).
Ophtalmologie ..	OFFRET.	Pharmacologie. .
Oto-rhino- laryngologie ..	AUBIN.	{ BARGETON. PARROT.
Parasitologie. . .	BRUMPT, L. C.	Physiologie . . .
	{ FEVRE. HUGIER.	Physique médicale
Pathologie chirurgicale. . .	{ LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ	DJOURNO.
		Psychiâtrie . . .
		Thérapeutique
		Agr. ch. d'ens. .
		Urologie

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		M.
Clinique chirurgicale . . .	AMELINE.	Clinique médicale	DE GENNES.
	BASSET.		HAGUENAU.
	DE GAUDART		MOLLARET.
	D'ALLAINES.		MOUQUIN.
	FUNCK-BRENTANO.		TURPIN.
Clinique médicale	GATELLIER.	Clinique obstétricale . . .	ECALLE.
	MENEGAUX.		LACOMME.
	BARIETY.	Clinique ophtalmologique	RENARD.
	BOULIN.		Clin. otho-rhino-
	CHEVALLIER.		laryngologique
	COSTE.		HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

M.
Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.
Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.

Bibliothécalre en Chef . . D^r A. HAHN.
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les
opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MON FRERE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BENARD

Professeur de la Chaire de Pathologie Expérimentale et Comparée

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Médecin des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PERRAULT

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et a bien voulu nous
aider dans son élaboration.*

*En témoignage de gratitude pour
l'enseignement et les conseils pro-
digés au cours de nos études.*

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer récemment, à l'hospice d'Ivry, dans le service de notre Maître, le Docteur Marcel PERRAULT, médecin des hôpitaux de Paris, un cas d'encéphalite épidémique, type Von Economo-Cruchet, dont le caractère de *maladie professionnelle* nous paraît indiscutable.

Il s'agissait, en effet, d'une infirmière attachée spécialement à une salle de parkinsoniens, exposée, de par sa profession et son dévouement personnel, à de fréquents et intimes contacts avec ces malheureux infirmes dont plusieurs, et l'un d'eux surtout, véritable grabataire, réclamaient des soins particulièrement attentifs, tant pour assurer leur alimentation, que pour obvier à l'inconvénient de leur hypersalivation.

La contagiosité de l'encéphalite épidémique n'est mise en doute par personne à la phase aiguë fébrile. Bien que la débilité de nos connaissances sur la nature exacte de l'ultra-virus neurotrope encéphalitique gêne singulièrement pour l'élaboration d'une doctrine solide concernant le mode de contagion, on admet généralement que celle-ci se fait à partir de l'élimination virulente salivaire, soit par contact interhumain direct, soit par l'intermédiaire d'un objet souillé par la salive du malade.

Ces notions sont également valables à la phase tardive de la maladie, au moment du parkinsonisme.

Toute la question est de savoir si, à cette phase de

parkinsonisme qui revêt si souvent l'aspect de séquelles irréparables et irrémédiablement constituées, il est loisible ou non de considérer que la maladie est toujours évolutive, capable de déterminer des poussées nouvelles et surtout d'entraîner, soit continûment, soit à l'occasion des poussées, une élimination prolongée, ou renouvelée, du virus par la salive.

Des faits cliniques, peu nombreux mais démonstratifs, des arguments biologiques de valeur inégale mais dont certains sont très suggestifs, viennent apporter un appui quasi-formel à cette manière de voir.

Pour rares qu'ils soient, ces faits de contagiosité de l'encéphalite à sa phase tardive, dite de séquelles, et, en particulier, au stade de parkinsonisme, doivent évidemment conduire à des mesures de prophylaxie, déjà évoquées et proposées par plusieurs auteurs, mais bien rarement appliquées, nous semble-t-il.

Enfin, plus encore que l'entourage familial ou hospitalier habituel, est directement exposée aux risques de contagion, l'infirmière soignante qui, au cours des soins de propreté, (essuyage de la bouche fréquent en cas d'hypersalivation en particulier), et de l'alimentation, est amenée presque fatalement à recevoir des gouttelettes de salive en direction du visage, (gouttelettes de Pflügge), ou à se souiller les mains de salive virulente, soit directement, soit par l'intermédiaire du linge ou des objets personnels du malade.

Il tombe sous le sens qu'il la faut instruire de cette possibilité de contagion et des précautions hygiéniques simples qui peuvent y obvier avec le maximum d'efficacité possible.

Il tombe sous le sens également, qu'en cas de contamination professionnelle, cette infirmière a parfaitement droit à des réparations matérielles qui resteront toujours peu de chose en regard de la cruelle et définitive maladie qui va faire d'elle désormais, une grande

infirmes, incapable non seulement de reprendre son activité habituelle, mais le plus souvent tout travail rémunérateur.

L'inscription dans le cadre de la loi portant réparation des maladies professionnelles, au même titre que d'autres maladies infectieuses intéressant d'autres professions, (spirochétose ictéro-hémorragique, charbon, fièvre de Malte), serait seule de nature à entraîner avec un automatisme désirable des compensations matérielles à peu près suffisantes.

Il serait d'ailleurs, nous semble-t-il hautement, convenable que, d'une façon générale, les maladies contractées par le personnel médical auxiliaire au cours de soins donnés aux malades fussent inscrites parmi les affections réparées au titre des maladies professionnelles.

*
**

Notre but est fort modeste.

Nous nous proposons de rapporter d'abord au long notre observation qui fournit un nouvel exemple de contagion à la phase tardive de l'encéphalite, à un stade de parkinsonisme.

Le caractère de maladie professionnelle est ici indiscutable et il a d'ailleurs été admis par le médecin contrôleur de l'Administration de l'Assistance Publique.

Nous nous attacherons incidemment à préciser parmi les thérapeutiques mises en œuvre, celles qui, dans ce cas, d'assez haute gravité, nous ont donné quelques preuves de leur efficacité.

Ensuite, après avoir évoqué les observations antérieures comparables ou identiques à la nôtre, nous rappellerons rapidement les conditions habituelles de la contagion.

Enfin, nous terminerons en établissant que parfois on peut et que l'on doit envisager l'encéphalite épidémique en tant que maladie professionnelle, et nous indiquerons les déductions pratiques qui découlent de cette conception, qu'il s'agisse de prophylaxie générale ou individuelle ou de conclusions d'ordre médico-légal.

CHAPITRE II

OBSERVATION PERSONNELLE **d'Encéphalite léthargique (Maladie de Von-** **Economo-Cruchet), contractée par une infir-** **mière au contact d'un Parkinsonien.**

Nous avons eu l'heureuse chance d'observer un nouveau cas d'une maladie professionnelle rare, voire même exceptionnelle : l'encéphalite épidémique, contractée par une infirmière soignante dans une salle de parkinsoniens, au contact de l'un d'eux.

Si, comme nous le rappellerons plus loin, le contagage à la période des séquelles post-encéphalitiques, et singulièrement au stade de parkinsonisme, n'est pas extrêmement rare, puisque nous avons pu en trouver un certain nombre de cas cités dans la littérature, la contamination d'une infirmière par un malade parkinsonien, réalisant alors une maladie professionnelle typique, est à proprement parler exceptionnelle, puisque, sauf erreur ou omission de notre part, nous n'avons pu relever qu'un autre cas, rappelé plus loin, celui de MM. CROUZON et HOROWITZ.

Voici les faits :

« Madame Tich..., âgée de trente-sept ans, infirmière à l'hospice d'Ivry, entre dans le service le 15 novembre 1943 pour un

« état de somnolence profonde, semi-comateux, avec hyperthermie aux environs de 39°, tout évoluant depuis plusieurs jours.

« C'est le 2 novembre, soit treize jours auparavant, que la patiente a dû interrompre son service à cause d'une sensation de fatigue intense. Ni son entourage, ni son médecin de famille, n'ont d'abord prêté grande attention à cet état qui n'a semblé être que la majoration des phénomènes dépressifs physiques et psychiques présentés de temps à autre par cette femme, grande neurotonique habituelle.

« Puis la fièvre, signée d'abord par le malaise général, la courbature, les frissonnements a été authentifiée par la mesure thermométrique, s'élevant rapidement à 38°5-39° le soir, 37°8 à 38°2 le matin. On a pensé à la grippe, puis, à cause de vagues signes abdominaux, à une entéro-colite avec colibacillose urinaire.

« Enfin, fait nouveau, s'est installé un singulier état de somnolence diurne, de plus en plus marqué avec obnubilation enfin telle qu'un état léthargique quasi-comateux s'est installé. On a pensé alors à une intoxication barbiturique, hypothèse que la découverte au chevet de la malade, d'un tube vide de gardénal, paraissait appuyer suffisamment pour qu'on entreprit un traitement strychnique intensif, sans autre résultat que de déterminer une certaine vivacité des réflexes tendineux.

« A ce moment, 14 novembre, le médecin traitant montre la malade en consultation au Docteur Marcel PERRAULT, médecin de l'hospice d'Ivry, qui, sur la triade clinique :

« Somnolence, fièvre, raideur du type parapyramidal, à la nuque et aux membres inférieurs, surtout à gauche, porte le diagnostic d'encéphalite épidémique type Von Economo-Cruchet, et demande l'entrée dans son service pour exploration complémentaire et traitement.

« Le jour de l'entrée, 15 novembre, la malade présente :

1) *Un véritable état léthargique.*

Des excitations violentes : paroles à voix fortes, secousses imprimées à ses membres, pincements, arrivent avec peine à la réveiller. Elle demeure d'ailleurs très obnubilée, répond

- mal aux questions, ne sait pas où elle se trouve, donne des indications confuses sur ses sensations, sa maladie, puis reprend aussitôt son sommeil.
- 2) La respiration revêt un rythme de Cheyne-Stokes typique.
- 3) L'examen neurologique révèle :
- a) l'absence de paralysie et la conservation de la force musculaire;
 - b) de la rigidité musculaire du type para-pyramidal perçue surtout dans les mouvements de flexion et d'extension de la tête. Elle est moins marquée aux membres mais peut cependant être mise en évidence facilement aux membres supérieurs surtout à gauche;
 - c) Les réflexes tendineux sont vifs, une trépidation épileptoïde des pieds est obtenue mais s'épuise après quelques secousses. Rappelons que la patiente a reçu depuis plusieurs jours en ville de la strychnine à assez hautes doses parce que l'on avait cru à tort à une intoxication barbiturique. Le réflexe cutané plantaire est en flexion des deux côtés;
 - d) Il n'existe pas de myoclonies;
 - e) L'étude de la sensibilité est difficile à pratiquer : il ne paraît y avoir ni algies ni troubles objectifs de la sensibilité;
 - f) Il existe un léger état méningé avec Kernig, et raideur de la nuque.
- 4) L'examen oculaire pratiqué par le Docteur DESVIGNES, ophtalmologiste des hôpitaux, donne les résultats suivants :
- pupilles égales,
 - réflexes normaux,
 - parésie du VI^e gauche,
 - fond d'œil normal,
 - l'examen du champ visuel est difficile à interpréter du fait de l'obnubilation de la malade et de ses réponses évasives.
- 5) Un état infectieux marqué accompagne l'état léthargique.

La fièvre qui était à 39° pendant les premiers jours est actuellement autour de 38°, elle va osciller de façon très irrégulière.

Le pouls est régulier, en rapport avec la température.

La tension artérielle est à 13-7.

- 6) La langue est saburrale; il existe de l'anorexie, de la constipation.
- 7) Le reste de l'examen somatique ne montre rien de particulier.
- 8) Les urines sont diminuées à moins de trois-quarts de litre par mycthémère. Elles ne contiennent ni albumine, ni sucre.
- 9) *Les examens biologiques* donnent les résultats suivants :

a) SANG :

1°. — NUMÉRATION GLOBULAIRE :

Hématies	4,520,000
Hémoglobine	85 %
Valeur globulaire	0.9
Leucocytes :	10,200

dont :

Polynucléaires neutrophiles	84
Polynucléaires éosinophiles	2
Lymphocytes	11
Monocytes	3

100

2°. — URÉE SANGUINE : 0,49 $\frac{g}{cc}$.

3°. — RÉSERVE ALCALINE : 54 volumes.

b) LE LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

contient 5,6 éléments par mm³, constitués en très grande majorité par des lymphocytes.

0 gr. 20 d'albumine par litre.

0 gr. 83 de glucose par litre.

La réaction de Bordet-Wassermann y est complètement négative.

« Un tel ensemble clinique et biologique impose le diagnostic
« de maladie de Von Economo-Cruchet dans sa variété oculo-léthar-
« gique.

« On met en œuvre à ce moment un traitement sulfamidé con-
« sistant en l'administration de fontamide : 10 grammes per os
« chaque jour pendant deux jours, puis 8 grammes pendant quatre
« jours.

« Le 22 novembre, après les six jours de traitement sulfamidé,
« le bilan est le suivant :

« Amélioration marquée, apparue dès le deuxième jour de l'état
« léthargique. Certes, la somnolence persiste, mais on en tire assez
« facilement la malade qui, lorsqu'elle est éveillée ne présente plus
« alors qu'une légère obnubilation.

— Persistance des signes neurologiques, (réaction méningée
clinique, parésie du ME gauche, raideur para-pyramidale).

— Persistance de la fièvre.

— Du point de vue biologique, l'examen du liquide céphalo-
rachidien a montré :

Le 17 novembre :

3 éléments par mm³ (lymphocytes).

0 gr. 20 albumine au litre.

Le 20 novembre :

2.2 éléments par mm³ (lymphocytes).

0 gr. 20 d'albumine par litre.

0 gr. 89 de glucose par litre.

« En somme, action très parcellaire et médiocre du traitement
« sulfamidé.

« On institue alors un traitement par chocs pyrétiques, vaccin
« antigonococcique de l'Institut Pasteur par voie veineuse à doses
« progressives, aux environs de 40° tous les deux jours, associés
« à l'administration de salicylate de soude soufré, (salicyl sulfate
« réalisé d'après les travaux de Loeper et Parrod), à la dose de
« 8 grammes par jour, (dont deux par voie veineuse), pendant
« quatre jours, puis de 4 grammes pendant huit jours.

« Le 30 novembre, amélioration évidente de l'état clinique. Il

« n'y a presque plus de somnolence diurne. La parésie oculaire a
« disparu. On ne note plus de signes méningés. Mais le syndrome
« de rigidité musculaire para-pyramidal persiste quoique léger et
« surtout, persiste l'état *fébrile*.

« *Le 10 décembre*, on pratique un abcès térébenthiné (2 cm³).
« à la cuisse droite. L'abcès se constitue normalement en donnant
« lieu aux habituelles réactions locales, thermiques, hyper-leuco-
« cytaires.

« *Le 17 décembre*, incision de l'abcès. Dès le lendemain, chute
« de la température qui vav se maintenir à la normale jusqu'à la
« sortie de la malade, *le 31 décembre*. A ce moment, aucun trouble
« somnique, et rigidité musculaire parapyramidale très légère, diffi-
« cile à mettre en évidence.

« La malade sort, se considérant comme pratiquement guérie.

« Notre pronostic était plus réservé.

« L'avenir allait rapidement nous donner raison.

« En effet, alors que du 1^{er} janvier 1944 au 17 février 1944,
« la malade reste chez elle en convalescence, se levant une partie
« de la journée et vaquant à ses occupations ménagères, vers le
« 10 février 1944, la somnolence reparait, contrastant avec des
« insomnies nocturnes quasi-absolues. La température s'élève à nou-
« veau, atteint parfois 39°.

« En même temps, apparait un tremblement généralisé, plus
« marqué à gauche, surtout au membre inférieur. Sur le conseil
« de son médecin traitant, elle entre à nouveau dans le service le
« 17 février 1944.

A cette époque,

— La température s'élève à 39° pour baisser ensuite en se
maintenant aux alentours de 38° le soir et 37°² le matin.
Il existe une insomnie nocturne persistante avec somnolence
diurne.

La marche est possible, mais rapidement la malade signale
une sensation de dérochement de la jambe gauche.

Il existe de la raideur du type parkinsonien, surtout du côté
gauche, qui s'exagère aux mouvements.

— La force musculaire est également conservée aux membres supérieurs, légèrement diminuée aux membres inférieurs, surtout pour la flexion et surtout à gauche.

— Il existe un léger tremblement de repos au niveau des extrémités, surtout marqué à gauche.

— La malade enfin, accuse des douleurs dans tout le côté gauche, en particulier aux membres inférieurs au niveau du genou.

— La sensibilité au tact est conservée; la sensibilité à la piqure est très diminuée dans toute la moitié gauche du corps, y compris l'hémi-face. La sensibilité profonde est très perturbée, tant au membre inférieur qu'au membre supérieur du côté gauche la malade ne reconnaît ni la position des orteils ni la position des doigts.

— Les réflexes tendineux sont globalement vifs, au membre inférieur gauche la percussion du tendon rotulien détermine plusieurs contractions irrégulières dans leur intensité et dans leur rythme.

— Quelques secousses cloniques réveillées au niveau du pied gauche s'épuisent rapidement.

— Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à droite, reste indifférent à gauche.

— Il n'existe plus de parésie oculaire; les mouvements de latéralité des yeux sont tous possibles; la convergence peut-être obtenue, mais reste limitée; les réflexes à la lumière et à l'accommodation à distance sont normaux.

— Enfin, de légers troubles psychiques apparaissent : du 17 février 1944 au début de mars, la malade fait plusieurs fugues dans le service, avec chute au cours de l'une d'elles et hypomnésie consécutive. Pendant son sommeil qui est très agité, elle chante ou parle à haute voix.

Une formule sanguine, effectuée le 22 février, donne les résultats suivants :

NUMÉRATION GLOBULAIRE :

Hématies	4.520.000
Hémoglobine	85 %

Valeur globulaire	0,9
Leucocytes	7.800
dont :	
Polynucléaires neutrophiles	71
Polynucléaires éosinophiles	5
Polynucléaires basophiles	1
Lymphocytes	15
Monocytes	8

« Le traitement institué à l'occasion de cette reprise de la
« maladie fut le suivant :

« Aneurine à haute dose : 10 centigrammes, en injections intra-
« veineuses quotidiennes, associée au salicylsulfate à la dose de
« deux ampoules par os par jour (4 grammes).

« L'action fut bonne sur l'ensemble des troubles et surtout les
« algies qui furent rapidement calmées, l'hypersomnie diurne et
« sur la rigidité musculaire. La fièvre avait pratiquement disparu
« au bout d'une semaine. Cependant, l'apyrexie vraie n'était pas
« obtenue et les signes neurologiques étaient plutôt masqués que
« supprimés, (à part les algies), par le traitement vitaminique B1.
« En effet, à l'occasion d'une interruption de traitement, on note
« la reprise immédiate de la somnolence et de la raideur. Enfin,
« vers le 20 mars, malgré le traitement, nouvelle poussée, avec
« fièvre, hypersomnie, agitation nocturne. On substitue alors à la
« vitamine B1, la benzédrine, injectable, d'abord à raison d'une
« ampoule (à deux centigrammes), puis de deux ampoules par jour,
« par voie intra-musculaire. Résultats *très bons*, supérieurs à ceux
« obtenus avec l'aneurine, vis-à-vis de l'hypersomnie diurne, (le
« sommeil nocturne étant possible sous le couvert du simple sirop
« de chloral), et de la rigidité.

« Actuellement (15 mai 1944), état apparemment satisfaisant ;
« fébricule à peine marquée, bon état général, comportement psy-
« chique correct, troubles neurologiques très atténués, mais au prix
« d'un traitement permanent par la benzédrine à haute dose, dont
« l'action est comparable à celle de l'aneurine, mais semble-t-il
« plus intense. Là aussi, on doit admettre que les symptômes sont
« masqués plutôt que supprimés.

« Par ailleurs, on doit redouter la possibilité de nouvelles poussées et de nouveaux remaniements lésionnels, l'évolution vers un grand syndrome parkinsonien étant malheureusement en définitive des plus probables.

« En terminant, il nous faut insister sur les circonstances *étiologiques spéciales* qui nous paraissent du plus grand intérêt dogmatique et pratique.

« Notre malade est infirmière. En cherchant la source de contagion, après avoir pu exclure tout contact familial ou social suspect au dehors, nous avons eu la notion de contact étroit et intime avec un parkinsonien, certainement contagieux.

« En effet, cette infirmière était affectée à une salle réservée à des parkinsoniens. Elle s'occupait tout spécialement de l'un d'entre eux, grabataire, qui, à la suite d'une poussée récente, était devenu complètement impotent et de surcroît grand sialorrhéique. Elle était constamment amenée à essuyer sa salive avec des linges ou un mouchoir rapidement imprégné, d'où fatalement une souillure des mains. On sait assez que, même si cette femme avait pensé à chaque fois à se laver les mains, la pénurie actuelle de savon a pu nuire à une désinfection convenable.

« Enfin, elle alimentait à la cuiller le malade, lui parlait pour le consoler, lui faisait sa toilette, toutes occasions de contact suffisamment intime pour qu'on puisse tenir pour assuré qu'elle a dû, dans ces diverses circonstances, recevoir dans le visage et vers le rhino-pharynx de nombreuses gouttelettes de l'flügge. Les conditions habituelles de contamination étaient donc réalisées.

« Il nous a semblé hors de doute que nous avions affaire à un cas de *maladie professionnelle*. Nous l'avons déclaré comme tel. Le médecin contrôleur de l'Administration de l'Assistance Publique, a adopté notre point de vue.

« En résumé, nous avons observé, chez une infirmière de trente-sept ans, en contact avec un parkinsonien contagieux, une encéphalite léthargique, type Von Economo-Cruchet, de forme sévère et de pronostic réservé, sinon *quo ad vitam*, du moins quant à la vraisemblance de séquelles importantes du type parkinsonien.

« Il s'agit à n'en pas douter, d'une maladie professionnelle dont la
« réalité a d'ailleurs été admise par l'Administration.

« Du point de vue thérapeutique, on ne peut que déplorer l'ab-
« sence d'une médication véritablement et totalement efficace. La
« sulfamidothérapie, le traitement salicylé, les choes pyrétiques,
« n'ont semblé agir que bien partiellement. L'abcès de fixation a
« paru donner des résultats meilleurs, mais qui ne furent que pas-
« sagers. L'aneurine à très fortes doses (10 centigrammes), par
« voie veineuse s'est montrée active, à la fois sur les douleurs,
« l'hypersomnie et la rigidité. Ce ne fut toutefois qu'une médica-
« tion symptomatique et qui n'empêcha pas une poussée de se mani-
« fester. Sur l'hypersomnie et la rigidité, la benzédrine injectable
« à la dose de 4 centigrammes par jour, en deux fois, par voie
« intra-musculaire, a donné des résultats vraiment bons et plutôt
« supérieurs à ceux de l'aneurine. Mais là aussi, il s'agit plutôt
« d'une action purement symptomatique ».

CHAPITRE III

RAPPEL DES OBSERVATIONS ANTERIEURES de contagion au contact de Parkinsoniens ou de sujets porteurs de séquelles tardives post- encéphalitiques.

Nous n'avons pu relever dans la littérature qu'une observation tout à fait comparable à la nôtre, en ce sens qu'elle correspond également à une encéphalite, maladie professionnelle, contractée par une infirmière au chevet d'un parkinsonien, observation due à MM. CROUZON et HOROWITZ.

Cependant, à l'occasion d'une communication de A. NETTER à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, au cours de la discussion consécutive, M. G. PETIT a évoqué rapidement deux cas semblables, chez des infirmières.

Il y aurait donc, en tenant compte de ces derniers faits, quatre cas actuellement connus d'encéphalite, maladie professionnelle chez des infirmières, contractés en soignant des parkinsoniens.

Voici l'observation de MM. CROUZON et HOROWITZ.

« Le 15 juillet 1928, est entrée aux Chalets de la Salpêtrière,
« une malade de vingt-quatre ans qui présente, depuis une encé-
« phalite contractée en 1920, un syndrome parkinsonien extrême-
« ment grave, caractérisé par une rigidité considérable avec défor-

« mation du tronc et des extrémités et d'une *salivation incessante*.
« Impotente et *particulièrement bareuse*, son séjour aux Chalets
« a nécessité une surveillance assez étroite, car, depuis quelque
« temps, elle est devenue très agitée. L'infirmière l'a soignée avec
« beaucoup de dévouement. C'est elle surtout qui s'en occupait,
« lui donnait à manger, essuyait sa bave très fréquemment, et il
« y avait des jours où la quantité de salive atteignait un litre
« en quelques heures.

« Au bout de trois semaines environ, l'infirmière commença à
« présenter des myoclonies, surtout dans les membres inférieurs,
« et quelques poussées thermiques vespérales, sans cependant s'in-
« quiéter outre mesure. Ce n'est que deux mois plus tard, fin octo-
« bre, que la malade est hospitalisée à l'infirmerie pour de la fièvre
« montant à 39°5, de la contracture, des vomissements et du hoquet.
« A l'examen, on constate le tableau typique de l'encéphalite épi-
« démique avec somnolence et myoclonies généralisées à la face et
« aux membres supérieurs, et surtout aux membres inférieurs dans
« les groupes du quadriceps et des adducteurs.

« La malade a été soumise aux injections intra-veineuses de
« salicylate de soude tous les jours et à 1 gr. 50 d'urotropine par
« la voie buccale, qui ont semblé l'améliorer beaucoup.

« Elle n'en a pas moins ultérieurement présenté deux poussées
« encéphalitiques. La dernière, avec troubles psychiques, agitation
« et idées de suicide, cède lentement, à la reprise du traitement.

« En résumé, au point de vue clinique, il s'agit d'une conta-
« gion hospitalière évidente par une malade atteinte depuis neuf
« ans d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique ».

Des faits plus nombreux concernent des contaminations au contact de parkinsoniens ou des sujets porteurs de séquelles tardives variées. Ils sont d'ailleurs bien connus et nous n'entreprendrons pas de les citer en détail et complètement.

Rappelons rapidement les observations ou les travaux d'ensemble de :

— LEMIERRE (1920).

Cas de contagion familiale d'encéphalite léthargique.

« En mars 1918, encéphalite chez une fillette de onze ans, soignée par A. NETTER.

« Reprise en septembre 1920.

« En décembre 1930, le père, âgé de soixante-deux ans, contracte l'affection.

« A vrai dire, l'auteur insiste moins sur la contagion à partir d'un syndrome parkinsonien que d'une encéphalite évoluant par poussées à des années d'intervalle.

« A l'occasion de l'une d'elle se fait la contamination ».

— SOUQUES (1921).

Dans son rapport à la Réunion Internationale de Neurologie, souligne la contagiosité tardive au stade parkinsonien et cite des cas de contamination familiale.

— P. MARIE et Mlle LÉVY (1922).

Dans leur ouvrage classique, en apportent de nouveaux exemples.

— GUILLAIN, ALAJOUANINE et CÉLICE (1924).

Rapportent une très belle observation, réalisant selon leur propre expression, « *un fait presque expérimental*, et concernant la contamination hospitalière d'un sujet dont le lit se trouva fâcheusement situé contre celui de deux parkinsoniens post-encéphaliques.

« Nous avons, écrivent ces auteurs, observé récemment à la Salpêtrière un cas très suggestif où la contagion d'une encéphalitique à sa phase parkinsonienne nous a paru évidente. Dans une de nos salles était hospitalisé depuis plusieurs années un jeune homme de vingt-deux ans, confiné au lit, incapable de se lever ni de marcher, car il présentait une amyotrophie considérable

« des membres inférieurs avec paraplégie en flexion consécutive
« à une poliomyélite aiguë ancienne survenue dans la première
« enfance.

« Ce jeune homme était couché entre deux malades atteints
« l'un et l'autre d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique
« absolument caractéristique avec cette sialorrhée si souvent obser-
« vée. Nous ajoutons que, dans cette salle, il n'y avait eu en trai-
« tement aucun cas d'encéphalite à sa phase aiguë.

« Vers le mois de mars 1924, notre malade paraplégique par
« poliomyélite ancienne a été atteint d'une encéphalite aiguë à
« type léthargique, ayant débutée par une légère angine avec cépha-
« lée et état fébrile et s'étant caractérisée par la prostration, le
« sommeil invincible, la photophobie, la diplopie, la diminution de
« l'acuité auditive à gauche.

« L'examen oculaire pratiqué par M. LAGRANGE a d'ailleurs mon-
« tré l'existence de paralysies oculaires, ptosis, paralysies des
« grands obliques, paralysie du droit inférieur gauche; ces para-
« lysies dissociées, caractéristiques de l'encéphalite épidémique ont
« régressé en quelques semaines. Il existait aussi des secousses
« nystagmiformes dans les mouvements de latéralité des yeux et
« une diminution de l'acuité visuelle à gauche, le fond d'œil était
« normal. La phase aiguë de cette encéphalite léthargique a duré
« environ un mois, l'asthénie a persisté longtemps, maintenant le
« sujet est en apparence guéri.

« Notre malade était en contact incessant avec ses deux voi-
« sins de lit parkinsoniens post-encéphalitiques; l'un de ceux-ci
« avait encore par intervalles des poussées évolutives fébriles.
« Nous mentionnerons aussi, que notre malade avait l'habitude de
« faire les cigarettes d'un de ses voisins et de les lui allumer, car
« celui-ci avait une telle raideur de ses membres supérieurs qu'il
« ne pouvait s'en servir pour les usages communs de la vie jour-
« nalière ».

— M. BARBIER (1929).

Publie un cas d'encéphalite basse à forme poliomyélitique chez la
femme d'un parkinsonien post-encéphalitique.

« Il s'agissait d'une femme de cinquante ans, qui en novembre 1928 a présenté des troubles de la marche, fatigue rapide, douleurs dans les mollets, dérobement des jambes, démarche pénible avec léger dandinement.

« La force musculaire au niveau des membres inférieurs est très diminuée.

« Les réflexes tendineux sont abolis.

« Les muscles du tronc et de la ceinture pelvienne sont eux-mêmes atteints, (gêne à la station assise).

« La température s'élève à 38°3 le soir, puis baisse au bout de quatre jours. Trois semaines après, les réflexes tendineux disparaissent aux membres supérieurs, l'état reste stationnaire quinze jours, puis la mobilité réapparaît lentement, et ce n'est qu'au bout d'un an que se fait la restitution *ad integrum*.

« Cette femme soignait son mari depuis 1920 pour hémiparésie sonien droit évolutif, consécutif à une *encéphalite très discrète* ».

— RISER et MÉRIEL (1931).

— GUILLAIN et MOLLARET (1932).

— A. NETTER (1933).

A la Société Médicale des Hôpitaux, reprend la question de la contagion au stade tardif, parkinsonien de l'encéphalite. Il en apporte deux exemples nouveaux qui, rapprochés des cas déjà connus, tendent à confirmer la longue persistance du virus à l'état latent chez les sujets atteints d'encéphalite.

Il insiste sur le rôle des sécrétions naso-pharyngées dans la transmission de l'affection.

Voici, brièvement résumés, les deux cas cités par l'auteur :

PREMIER CAS

« Le 1^{er} janvier 1919, encéphalite chez un élève de l'Ecole Normale de Châlons-sur-Marne.

« En janvier 1920, reprise de l'évolution.

« En février 1920, encéphalite chez une jeune fille d'une famille
« amle à Vitry-le-François, après séjour du malade dans cette
« famille, du 15 au 17 janvier ».

DEUXIEME CAS

« Le 3 décembre 1919, encéphalite chez une femme de trente-
« quatre ans, parkinson consécutif.

« En juin 1925, un de ses fils contracte une encéphalite.

« L'auteur insiste sur le contact permanent et très proche du
« sujet avec la malade dont la sialorrhée était importante, son
« frère en contact moins direct n'a pas été atteint ».

Au cours de la discussion qui suit la communication précédente de M. NETTER, G. PETIT relate lui-même dix cas de contagion tardive d'encéphalite non publiés, dont deux se rapportaient à des infirmières en contact avec des parkinsoniens.

*
**

On voit, par le rappel bibliographique, qui sans avoir la prétention d'être exhaustif est néanmoins assez complet pour que nous ayons la quasi certitude d'avoir colligé pratiquement la très grande majorité des faits, que les cas démonstratifs de contagion à la phase tardive, dite de séquelles post-encéphalitiques et singulièrement du parkinsonisme, sont peu nombreux.

Ils n'en établissent pas moins la réalité de la persistance du danger de contagion à cette période évolutive tardive de l'encéphalite épidémique.

CHAPITRE IV

LES CIRCONSTANCES HABITUELLES DE LA CONTAMINATION.

Que l'encéphalite, à la phase tardive, dite de séquelles et tout spécialement au stade de parkinsonisme, soit contagieuse, c'est une notion qui s'impose du fait même des constatations cliniques que nous avons rappelées dans le chapitre précédent.

Au demeurant, il est devenu banal d'admettre, comme l'écrivent GUILLAIN et MOLLARET que « si quelques « séquelles correspondent réellement à une lésion purement cicatricielle de la phase aiguë, la grande majorité traduit en réalité la réminiscence d'un virus très « longtemps présent dans les centres nerveux. ».

En dehors même des faits constatés de contagiosité tardive, on peut avec ces auteurs retenir 3 séries d'arguments qui démontrent l'activité persistante de la maladie :

1°. — LES ARGUMENTS CLINIQUES.

Reprise aiguë avec fièvre de poussée encéphalitique, remaniement du tableau neurologique avec apparition de phénomènes nouveaux, intéressant d'autres régions du système nerveux, et ayant une allure différente de celle de phénomènes purement dégénératifs.

2°. — LES ARGUMENTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Fréquence de la coexistence chez des sujets morts à un stade ultra-tardif, de foyers inflammatoires récents et de lésions cicatricielles anciennes.

3°. — LES ARGUMENTS BIOLOGIQUES.

Fournis par les inoculations positives.

NETTER, LEVADITI et HARVIER, LASALE, etc...

Ce dernier ordre d'argument est malheureusement peu convaincant dans l'état actuel de la science, car l'identification du virus encéphalitique n'est pas acquise malgré le grand nombre de travaux consacrés à son étude.

Déjà STRAUSS, HIRSCHELD et LOEWE, Mac INTOCH et TURNBULL avaient tenté de préciser la nature du virus encéphalitique. LEVADITI, HARVIER et NICOLAU ont montré la difficulté d'obtenir des inoculations positives de l'animal tant par les fragments du névraxe que par les produits de sécrétion, même chez le lapin, animal d'expérience le plus sensible cependant au virus de l'encéphalite. Par contre, lorsqu'une souche fixe peut être obtenue, les passages en série deviennent aisés.

Cette rareté des inoculations positives ne laisse pas d'être déroutante. Successivement FLEXNER et ARNOSS, STERN, RETTE et WUNNER, devant la négativité de leurs résultats ont été jusqu'à mettre en doute la spécificité de la maladie expérimentale chez le lapin. LEVADITI s'explique le phénomène par une auto-stérilisation du virus dans les centres nerveux. Et cependant, la clinique apporte des notions absolument contradictoires. Pourtant des cas d'inoculation positive de longs mois après le début de l'affection ont été signalées par NETTER, CÉSARI et DURAND.

Ces auteurs ont d'autre part, mis en évidence le virus dans le filtrat des glandes salivaires d'un lapin

encéphalitique. LEVADITI, HARVIER et NICOLAU l'ont retrouvé non par cathétérisme du canal de Sténon, mais dans le culot de centrifugation de la salive mixte avec les éléments des cellules épithéliales, ce qui leur avait permis de déceler les porteurs sains de germe dans l'entourage des malades.

Par contre, CROUZON et HOROWITZ essayant de donner à leur observation clinique une base expérimentale, ont inoculé la salive et les sécrétions nasopharyngées de leurs deux malades à 12 lapins par voie intra-cérébrale : aucun résultat positif n'a été observé et l'émulsion cérébrale des animaux inoculés, injectée à d'autres lapins n'a provoqué elle-même aucun trouble encéphalitique. Les auteurs ne concluent, d'ailleurs, aucunement à l'absence du virus dans la salive mais simplement à la délicatesse des expériences qui ne réussissent pas dans tous les cas. Si bien que les arguments cliniques et en particulier les contagions par la salive, à partir des formes parkinsoniennes ont actuellement plus de valeur que les arguments biologiques et expérimentaux pour démontrer la persistance du virus encéphalitique dans les centres nerveux.



Si la contagiosité de l'encéphalite à sa phase tardive peut être considérée comme un fait certain, on peut également admettre comme démontré que l'élimination du virus se fait par la salive, ainsi qu'il résulte des constatations cliniques (GRENET, NETTER, etc...), anatomopathologiques (NETTER et H. DURAND, etc...), biologiques (CÉSARI, DURAND).

Cette élimination de virus n'est vraisemblablement pas constante, mais se fait probablement de façon discontinue, au moment des phases évolutives de la maladie, coïncidant avec des crises d'hypersalivation dont la constatation est normale au cours des poussées d'aggra-

vation chez les parkinsoniens, qu'il y ait en même temps ou non d'autres phénomènes, tels que la fièvre, la leucocytose sanguine ou l'hyperglycorachie venant témoigner du remaniement lésionnel inflammatoire.

Tous les auteurs qui ont observé des faits de contagion au contact des parkinsoniens, soulignent cette hypersalivation récemment apparue, ou récemment accrue, du sujet contaminateur.

*
**

En ce qui concerne le sujet contaminé, on admet d'une façon générale que la porte d'entrée est rhinopharyngée. La contamination peut donc à priori se réaliser soit directement par les gouttelettes de Pflügge, soit par l'intermédiaire des mains du sujet contaminé, lorsque celui-ci les a souillées de salive au cours des soins de propreté donnés au malade, ou de son alimentation. La contagion par l'intermédiaire d'un objet ou de linge ayant servis au patient et accidentellement souillés de salive doit être également prise en considération.

*
**

Toutes les observations cliniques de contamination par des parkinsoniens concernent des sujets de l'entourage immédiat en contact intime avec le patient.

A titre d'illustration de cette nécessité de la fréquence et de l'intimité du contact, rappelons que dans le deuxième cas de NÉTTER, sur deux enfants habitants avec la mère parkinsonienne, seul a été contaminé celui dont le caractère affectueux le conduisait à rester le plus souvent près d'elle assis sur ses genoux des après-midi entières. Rappelons encore, que le sujet de MM. GUILLAIN, ALAJOUANINE et CÉLICE semble avoir été victime de sa gentillesse qui l'amenait à « suppléer son

« voisin, (particulièrement sialorrhéique), dans tous les
« actes de la vie quotidienne, notamment dans la con-
« fection et l'allumage des cigarettes ».

Dans l'observation de CROUZON et HOROWITZ et dans la nôtre, l'infimière contaminée était particulièrement dévouée à un parkinsonien en poussée évolutive largement sialorrhéique et dont l'impotence quasi-absolue, exigeait des soins minutieux et répétés.

Il est certain que la profession d'infirmière soignante de tels parkinsoniens évolutifs réalise les conditions expérimentales de contamination possible.

CHAPITRE V

L'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE CONSIDEREE COMME MALADIE PROFESSIONNELLE

Déductions d'ordre prophylactique et médico-légal

Tous les auteurs qui, comme nous, ont observé des cas de contagion familiale ou professionnelle d'encéphalite au contact des parkinsoniens ont insisté sur les déductions thérapeutiques et prophylactiques qui s'imposent.

Nous n'insisterons pas sur la nécessité admise par tous et généralement mise en pratique d'un traitement anti-infectieux prolongé.

D'une façon générale, la prophylaxie sera réalisée par l'isolement aussi parfait que possible du patient et par des précautions d'hygiène simple, (éviter des contacts inutiles, port éventuel d'un masque, lavages des mains, désinfection des objets personnels du malade, lavage à part de son linge, etc...) de la part de l'entourage.

Dans le cas particulier d'une infirmière soignante, il faut considérer un fait nouveau important : il s'agit d'une maladie professionnelle, point de vue susceptible d'entraîner des considérations plus spéciales.

Tout d'abord, il s'agit d'une maladie professionnelle.

En effet, d'après POLLET : « Est professionnelle toute maladie qui, vraisemblablement, ne se serait pas produite dans un autre métier ».

L'encéphalite épidémique, lorsqu'elle est contractée par un auxiliaire médical au chevet d'un malade, qu'il s'agisse d'encéphalite aiguë ou d'encéphalite à sa phase tardive, viendrait ainsi prendre place à côté d'autres maladies infectieuses reconnues comme professionnelles, telles que la spirochétose, (mineurs, égoutiers, etc...), le tétanos et le charbon, maladies indemnisées, et les brucelloses soumises seulement à la déclaration obligatoire.

Cet aspect nouveau de l'affection impose à notre avis quelques conclusions pratiques.

Tout d'abord, il importerait d'établir une déclaration obligatoire de l'affection et cette déclaration devrait être faite à toutes les périodes de l'encéphalite, tant à sa phase aiguë qu'à sa phase parkinsonienne. Cela contraindrait à prendre vis-à-vis de l'entourage des malades et, en particulier, du personnel infirmier préposé à leur surveillance, les mesures prophylactiques nécessaires, car, ainsi que le disent MM. DUVOIR et MALES-PINE, la déclaration doit être un élément de la prévention.

Ces mesures prophylactiques ont été déjà réclamées par les auteurs qui ont publié des cas de contagion à partir de parkinsoniens et dont nous avons relaté les observations.

C'est ainsi que MM. GUILLAIN, ALAJOUANINE et CÉLICE, écrivent :

« Il nous paraît qu'il est nécessaire d'isoler dans les
« salles d'hôpital les parkinsoniens post-encéphalitiques,
« spécialement ces parkinsoniens pseudo-bulbaires qui ont
« une salivorrhée incessante. Il faut que les familles con-
« naissent la possibilité de la contagion des parkinso-
« niens.

« Le parkinsonien qui joue avec ses enfants, qui les

« embrasse, est incontestablement dangereux pour eux. Il
« est indispensable de prendre vis-à-vis des parkinsoniens
« post-encéphalitiques toutes les mesures d'hygiène, de
« prophylaxie, de désinfection qui, nous semble-t-il, ne
« sont actuellement jamais appliquées ».

MM. CROUZON et HOROWITZ écrivent également en conclusion de leur observation :

« Il faut donc prendre des mesures d'hygiène prophylactiques à l'égard de ces malades. Le meilleur moyen
« semble consister dans l'isolement, seul capable d'éviter
« la contagion de l'encéphalite avec ses séquelles redoutables ».

MM. GUILLAIN et MOLLARET, parlant du danger de contagion par les parkinsoniens écrivent :

« C'est dans ce but que de tels malades sont rassemblés à la Salpêtrière, dans des salles spéciales, leur linge doit être désinfecté, leurs objets de table doivent
« être strictement personnels ».

Qu'il y ait donc des mesures prophylactiques à prendre, cela semble évident. Mais si, comme insistent MM. GUILLAIN et MOLLARET, elles sont difficiles à envisager dans le milieu familial, il n'en va pas de même dans le milieu hospitalier. L'isolement des parkinsoniens en salles spéciales met à l'abri de contagion les autres malades.

Quant au personnel infirmier, il semble que les mesures prophylactiques doivent être envisagées d'après ce que nous avons dit plus haut sur le mode de contagé par la salive, favorisé par la sialorrhée de ces malades.

Le personnel infirmier doit être instruit de façon claire de ces dangers de contagion et des modalités pratiques d'y remédier.

C'est ainsi que s'impose à la désinfection des mains pour les infirmiers qui alimentent les malades, désin-

fections rhino-pharyngées fréquentes, seraient nous semble-t-il, à envisager. Peut-être même pourrait-on proposer l'adoption de mesures analogues à celles prises dans certains services de contagieux, par exemple le port du masque pour procéder aux soins de toutes natures, masque évidemment lâche qui pourrait être constitué soit par la bavette habituellement utilisée, soit par une feuille de matière plastique maintenue à distance du visage.

*
**

Il nous faut maintenant étudier le côté médico-légal du problème.

Tout d'abord, il faut envisager l'inscription sur la liste des maladies professionnelles. Une telle éventualité serait éminemment souhaitable car, elle seule, permettrait d'indemniser comme il convient la victime.

On ne peut objecter le nombre relativement minime des cas : quatre cas en trente ans; à n'envisager que la contagion au contact des parkinsoniens, les autres maladies infectieuses dans la loi ne sont pas, (à part le charbon), d'une fréquence beaucoup plus grande. Elles sont, par contre, en général, à part le tétanos, beaucoup moins graves.

En effet, en dehors même des dangers *quo ad vitam* à la phase aiguë, on ne sait que trop le sombre pronostic d'avenir qu'impose la très grande fréquence du parkinsonisme ou d'autres séquelles neuro-psychiques.

D'après GUILLAIN et MOLLARET :

« On peut admettre que les deux tiers ou les trois
« quarts des sujets atteints à un moment donné d'encé-
« phalite épidémique présenteront à quelque degré, les
« phénomènes persistants ou des manifestations ultérieu-
« res nouvelles ».

D'après ZIEGLER qui a fait l'une des statistiques les

plus étendues portant sur sept cent cinquante-deux malades, il n'y a eu, pour une mortalité de 13,2 %, qu'une guérison complète de 1,3 %. Les séquelles des autres malades ne permettaient un travail régulier qu'à 15 %, et un travail irrégulier qu'à 25 % d'entre eux.

Ces chiffres mieux que toutes phrases, permettront de voir quel peut être l'avenir de la victime.

Dans le cas particulier d'une infirmière, il est évident qu'en cas de parkinsonisme elle devra cesser son métier et qu'elle n'en pourra difficilement exercer un autre quelque peu rémunérateur.

Il est donc tout à fait légitime d'envisager une indemnisation. Certes, il est toujours possible à la victime de se pourvoir contre l'employeur responsable des dommages causés par les objets dont elle a la garde, mais cette procédure est loin d'apporter à la victime les garanties que lui donne la loi portant réparation des maladies professionnelles qui assure la réparation des dommages, d'une façon tout à fait automatique sous la seule condition que l'affection en cause soit inscrite dans les tableaux à double entrée, annexés à la loi et que le délai de responsabilité soit respecté.

De même, en général, le pourcentage d'invalidité est fixé sinon étroitement, tout au moins comme variant autour d'une *moyenne indicative*.

Enfin, il est inutile d'insister sur l'intérêt qui s'attache au bénéfice de la présomption d'origine. Ici le tableau pourrait être constitué de la façon suivante :

ENCEPHALITE EPIDEMIQUE PROFESSIONNELLE

DELAI DE RESPONSABILITE : TROIS MOIS

Désignation des maladies	Travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Pourcentage d'invalidité	
Encéphalite épidémique et ses séquelles	Soins donnés aux malades atteints d'encéphalite épidémique et de ses séquelles. (Encéphalite à la phase tardive, en particulier parkinson post-encéphalitique.

Le délai de responsabilité pourrait être fixé à trois mois.

L'incubation paraissant être de un à deux mois d'après les observations des auteurs (RIMBAUD).

Le pourcentage d'invalidité est évidemment variable, mais il peut aller dans les cas sévères jusqu'à 100 %.

*
**

En ce qui concerne l'infirmière dont l'observation a été le sujet de ce travail, nous nous sommes demandé si, en l'absence d'une législation suffisamment protectrice, elle ne risquait pas de subir un préjudice matériel important. Heureusement, d'une façon spontanée, l'Administration de l'Assistance Publique a envisagé des mesures de réparation qui paraissent satisfaisantes et sont, en tout cas, très largement supérieures à la simple pension d'invalidité des Assurances Sociales.

Dès le début de l'affection, sur la foi d'une attestation de Monsieur le Docteur Marcel PERRAULT, notre malade a été reconnue par le médecin de contrôle de l'Assistance Publique, comme ayant été contaminée en service. De ce fait, pendant toute la durée de la phase aiguë, elle sera payée à solde entière, bénéficiant par ailleurs des soins gratuits. Ultérieurement, elle aura à subir un examen de contrôle pour juger si oui ou non elle peut reprendre son travail. En cas de séquelles importantes, les mesures prévues par l'Administration sont les suivantes :

- 1°) Mise à la retraite au prorata de ses années de service.
- 2°) Attribution en plus, d'une pension d'invalidité susceptible d'être remaniée par un contrôle médical au bout de cinq ans.

Au total, dans ce cas, et ceci, grâce à l'intelligente compréhension de l'Administration de l'Assistance Publique, des mesures satisfaisantes seront prises, mais nous tenons à souligner que ce fait est entièrement volontaire, aucune législation ne venant l'imposer.

Donc, notre suggestion d'inscrire la maladie dans le cadre des maladies professionnelles, nous paraît devoir

être maintenue, comme seule susceptible d'apporter une solution générale satisfaisante. D'ailleurs, il serait éminemment désirable d'envisager une extension plus grande de cette façon de voir et d'inscrire, et d'indemniser d'une façon générale les « maladies contractées « par le personnel soignant au contact des malades, « sauf lorsqu'il s'agit de cas considérés comme acci-
« dent du travail ».

CONCLUSIONS

I. — Nous avons observé récemment un nouveau cas d'encéphalite épidémique contracté par une infirmière soignante au contact d'un parkinsonien.

II. — Cette observation nous a parue digne d'être rapportée :

- d'abord parce quelle constitue un nouveau cas de contagion à la phase tardive de l'encéphalite;
- ensuite, parce qu'elle revêt d'une façon indiscutable le caractère de maladie professionnelle.

III. — L'encéphalite contractée par cette infirmière a revêtu un caractère sévère et semble devoir entraîner un pronostic d'avenir des plus sombres, quant à la possibilité de séquelles importantes du type parkinsonien, susceptibles d'entraver toute activité professionnelle ultérieure.

IV. — Les thérapeutiques mises en œuvre n'ont donné que des résultats médiocres; cependant, à titre symptomatique, l'aneurine par voie veineuse à très hautes doses et la benzédrine injectable à doses fortes, nous ont paru douées d'une activité certaine vis-à-vis de l'hy-persomnie et de la rigidité.

V. — Notre observation constitue le quatrième cas connu de contagion chez une infirmière par un parkin-

sonien. De moins rares observations de contagion familiale, à cette phase tardive, ont été rapportées par d'autres auteurs.

VI. — L'ensemble de ces observations et des considérations cliniques, anatomiques, biologiques, corroborent la contagiosité possible de l'encéphalite à sa phase tardive. Cette contagion étant expliquée par l'élimination virulente, suppose la fréquence et l'intimité des contacts, d'où le danger tout spécial dans le cas du personnel médical auxiliaire soignant.

VII. — Ces notions imposent des déductions prophylactiques générales et personnelles qui n'ont pas échappé aux auteurs, mais qui mériteraient de passer davantage sur le plan pratique.

VIII. — Enfin, du point de vue médico-légal, il y aurait intérêt à ce que cette encéphalite épidémique contractée par une infirmière soignante fut considérée comme maladie professionnelle et indemnisée comme telle.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de thèse :
BENARD

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE.

- BARBIER. — Encéphalite basse à forme polynévritique chez la femme d'un parkinsonien post-encéphalitique. (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 2 décembre 1929) ; (*Lyon Médical*, t. 147, année 1931, p. 191-194).
- BONARD (L.) et RENAUT (J.). — L'enquête épidémiologique du Ministère de l'Hygiène sur l'encéphalite léthargique en France. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 18 mai 1920, p. 470-474).
- CLAUDE et LAULERIE (S. de). — Deux cas d'encéphalite épidémique survenus dans le milieu hospitalier. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 21 janvier 1921, p. 36-40).
- CLELAND et CAMPBELL. — The Australian epidemic of acute Polio-encephalomyelites. (*Rep. of the Directory General of Public Health*) ; (*New State south waless ending*, 1917).
- CROUZON et HOROWITZ. — Un cas de contagion professionnelle d'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne. Essais d'inoculation transcérébrale au lapin. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 16 avril 1929, n° 14, p. 488-490).
- DE LAROCHE. — Un cas de contagion familiale d'encéphalite léthargique. (*Paris Médical*, 25 septembre 1920, n° 39, p. 229-230).
- DUVOIR et MALESPINE. — Maladies professionnelles. (Paris, Vigot, 1943).
- GUILLAIN, ALAJOUANINE et CÉLICE. — La contagion de l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne. (*Congrès des Alié-*

nistes et Neurologistes de Langue Française à Bruxelles);
(*Presse Médicale*, 1^{er} octobre 1924, n° 79, p. 785).

GUILLAIN et LÉCHELLE. — Un cas de contagion d'encéphalite léthargique. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 14 décembre 1920, p. 321-326).

GUILLAIN et MOLLARET. — Les séquelles de l'encéphalite épidémique. (Paris, Doin, 1932).

LEMIERRE. — Encéphalite épidémique familiale. Transmission probable du virus par une personne atteinte depuis près de trois ans. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1920, 31 décembre, p. 1628-1633).

LEVADITI. — Ectodermoses neurotropes. (Paris, Masson, 1932).

LEVADITI et HARVIER. — (*Compte-rendu de la Société de Biologie*, année 1920, t. LXXXIII, séances du : 20 mars, p. 356; 24 mars, p. 383; 8 mai, p. 674; 24 juillet, p. 1140); (*Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1920, t. XXXIV, p. 911-971).

LEVADITI, HARVIER et NICOLAU. — Annales de l'Institut Pasteur. (*Année 1922*, t. XXXVI, p.63-149).

LEVADITI et LÉPINE. — Les ultra-virus des maladies humaines. (Paris, Maloine, 1938).

LEVADITI, LÉPINE et VERGE. — Les ultra-virus des maladies animales. (Paris, Maloine, 1943).

MAC NALTY. — Rep von Outbreak of Encephalitis lethargica in a girls'home. (*Ann. Rep. of the Chief Medical Officer*, 1919-1920).

MARIE (P.) et LÉVY (G.). — Contribution à l'étude des manifestations tardives de l'encéphalite. (Paris, 1922, *Thèse Médicale*, n° 439).

NETTER (A.). — La contagiosité de l'encéphalite léthargique. (*Académie de Médecine*, 27 avril 1920).

— La contagion dans l'encéphalite léthargique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 19 juillet 1920, bulletin, p. 1030-1035).

- Sur l'étiologie et la prophylaxie de l'encéphalite léthargique. La déclaration obligatoire. (*Rapport à l'Académie de Médecine*, 8 mars 1921, p. 278-298).
 - Longue persistance du virus à l'état latent chez les sujets atteints de l'encéphalite. Exemples de contagion émanant de parkinsoniens. Altération des glandes salivaires dans l'encéphalite. Présence intermittente probable du contagé dans la transmission et aussi la rareté de celle-ci. Guérisons confirmées consécutives à la production d'abcès de fixation à une date rapprochée du début. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 20 janvier 1933, t. I, p. 61-71).
 - RIMBAUD (L.). — Précis de Neurologie. (Paris, Doin, 1942, p. 240).
 - RISER et MÉRIEL. — Les « Séquelles » neurologiques de l'encéphalite épidémique. (*Rapport au Congrès d'Oto-Neuro-Ophthalmologie de Paris*, année 1931, t. 9, p. 297-349).
 - ROGER (H.). — Réveil hivernal de l'épidémie encéphalitique et réminiscence saisonnière des encéphalites à forme prolongée. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 31 décembre 1920, p. 1633-1637).
 - Epidémiologie et contagiosité de l'encéphalo-myélite épidémique. (*La Médecine*, décembre 1920, 2^e année, n° 3, p. 194-200).
 - SOUQUES. — Rapport sur les syndromes parkinsoniens. (*Revue Neurologique*, 1921, n° 6, p. 534-573).
 - ZIEGLER. — Follow up studies on persons who have had epidemic encephalitis. (*The Journal of the American Association*, 1928, vol. 91, n° 3, p. 138-141).
-

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

P A R I S
